



HEALTH CARE CONSENT FORM

ST		TT	
<u>CONSENT FORM</u>		<u>FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO</u>	
Name of Service User:		Nombre del/la usuario/a del servicio:	
Date of Birth:	NHS No.	Fecha de nacimiento:	Nº NHS:
LAS No:	EMIS No.	Nº LAS:	Nº EMIS:
Information recorded during your time with our team may be shared with others involved in your care. This will help them to understand your needs and avoid them having to repeat some of the assessments.		La información que se registra durante la prestación de nuestro servicio es susceptible de ser compartida con otras personas/entidades involucradas en su cuidado. Esto les facilitará el entendimiento de sus necesidades y evitará que se tengan que repetir algunas de las evaluaciones.	
Do you consent to the information gathered about you being shared with others involved in your care?	Yes/No	¿Acepta que la información recopilada acerca de usted sea compartida con otras personas/entidades involucradas en su cuidado?	Yes/No
Is there anything you do not want to share?	Yes/No	¿Hay algo que no quiera compartir?	Yes/No

ARANTXA GARCÍA



TRANSLATION & INTERPRETING —

Photographic Consent: I confirm that I give my permission for Bristol City Council to take photographs that will help to monitor my condition. I understand that these will be stored in my confidential records. I acknowledge that all photographs are the property of Bristol City Council.	Yes/No If 'No', give details below:	Consentimiento fotográfico: Confirmo que doy mi permiso para que el Ayuntamiento de Bristol tome fotografías que ayuden al seguimiento de mi condición. Entiendo que estas se almacenarán junto con mis datos confidenciales. Acepto que todas las fotografías son propiedad del Ayuntamiento de Bristol.	Yes/No Si respondió: "No", escriba sus razones a continuación:
Service User's Signature:	Date:	Firma del/la usuario/a del servicio:	Fecha:
Staff Signature:	Date:	Firma del personal:	Fecha:
If the service user has an inability to give informed consent, information will be shared in accordance with the Mental Capacity Act Code of Practice (2007).		Si el/la usuario/a del servicio no posee la capacidad para dar un consentimiento informado, la información se compartirá de conformidad con la normativa: "Mental Capacity Act Code of Practice 2007" (Código de Prácticas de la Ley de Capacidad Mental 2007).	
Challenges			
Format. Register. Inclusive language. Law (titles).			